

Notes à l'intention des décideurs

Références pour le
développement

international

Politiques de santé,

incitations,

financement,

organisation

et gestion

Méthodes alternatives de paiement des prestataires: incitations pour l'amélioration de la qualité des soins

Les méthodes de paiement des prestataires sont importantes à envisager chaque fois qu'un gouvernement ou un organisme payeur veut améliorer l'efficacité et la qualité des services de santé au moyen de ses propres fonds. Des changements dans les méthodes de paiement des prestataires sont souvent essentiels dans le cadre de mesures de réforme de la santé visant à maîtriser les coûts et à utiliser *efficacement* les ressources existantes, ainsi qu'à améliorer la qualité des soins et à les rendre plus abordables. L'expression de *méthode de paiement des prestataires* désigne la manière dont sont attribués les crédits provenant d'une source de fonds - l'Etat, une compagnie d'assurance ou tout autre organisme payeur (tous étant désignés par le terme de *caisse*) - à un établissement de santé (tel qu'un laboratoire ou pharmacie), ou à un prestataire individuel comme un médecin, une infirmière, un kinésithérapeute ou un psychologue.

Chaque méthode de paiement des prestataires comporte un ensemble d'*incitations* qui encouragent les prestataires à avoir des comportements particuliers pour le genre, la quantité et la qualité des services qu'ils offrent. La réforme du secteur de la santé exige souvent des décideurs qu'ils repensent les incitations qu'ils envisagent d'établir à l'intention des prestataires. Par exemple, la réforme du paiement des prestataires est liée aux mesures prises par les pouvoirs publics pour améliorer l'efficacité d'un système de santé par diverses méthodes, notamment:

- ▲ la décentralisation de la gestion du système de santé
- ▲ la séparation des fonctions de financement de l'institution qui fournit les soins
- ▲ la passation de contrats avec des prestataires du secteur privé et des organisations non gouvernementales pour la fourniture de services de santé publique
- ▲ le développement ou la réforme de l'assurance-maladie publique ou privée pour une plus large couverture de la population
- ▲ la promotion des soins primaires et préventifs, par opposition aux soins curatifs, onéreux et dispensés à l'hôpital



- ▲ l'amélioration de la gestion des hôpitaux et de la qualité des soins.

Il est toutefois possible d'envisager des changements dans les méthodes de paiement des prestataires en dehors de ces réformes générales.

Cette Note décrit des méthodes de paiement alternatives mises au point au cours des vingt-cinq dernières années, leurs avantages et leurs inconvénients, les incitations qu'elles créent pour les prestataires, les organismes payeurs et les consommateurs, et leur fonctionnement. Il propose aussi des conseils tirés de l'expérience de divers pays et systèmes de santé. Le manuel s'achève par une bibliographie à l'intention des lecteurs qui souhaitent de plus amples renseignements ou références techniques.

Avantages des incitations

Chaque méthode de paiement des prestataires comporte un ensemble d'*incitations* qui encouragent les prestataires à avoir des comportements particuliers pour le genre, la quantité et la qualité des services qu'ils offrent.



Importance de la réforme des paiements

Les méthodes de paiement des prestataires varient considérablement d'un endroit à l'autre. Dans de nombreux pays en développement où les services de santé sont financés et organisés par un ministère de la santé au niveau central ou par un organisme parapublic, les paiements sont habituellement fixés dans un budget par rubrique divisé en catégories de dépenses, pour le personnel et hors-personnel, par exemple les salaires, les médicaments, les fournitures, l'électricité et le carburant. Les ressources que reçoivent les prestataires dans le cadre de tels budgets dépendent habituellement de considérations politiques ou de tendances historiques plutôt que de la qualité et de la quantité des services fournis. Dans le secteur privé, c'est le paiement à l'acte qui domine. Tandis que les budgets par poste plafonnent les dépenses de l'Etat pour les prestataires du secteur public, les mécanismes de paiement à l'acte peuvent entraîner une escalade des coûts puisque les prestataires sont incités à dispenser davantage de services, qu'ils soient médicalement justifiés ou non.

L'expérience du monde entier montre que, si certains systèmes de santé pâtissent de financements insuffisants, les performances sont généralement plus sensibles à la façon dont les fonds sont attribués aux prestataires qu'au montant des fonds. Les décideurs et les administrateurs sanitaires désireux d'améliorer le rapport coût-efficacité d'un système de santé peuvent le faire en adoptant de nouvelles méthodes de paiement qui introduisent le risque de pertes financières pour les prestataires (voir page 3 pour une analyse des incitations afférentes aux risques financiers). Le risque encourage une restructuration et une réorganisation de la prestation des soins pour la rendre plus efficace, plus efficiente et plus sensible aux besoins des patients. Toutefois, ces incitations ne donneront les résultats

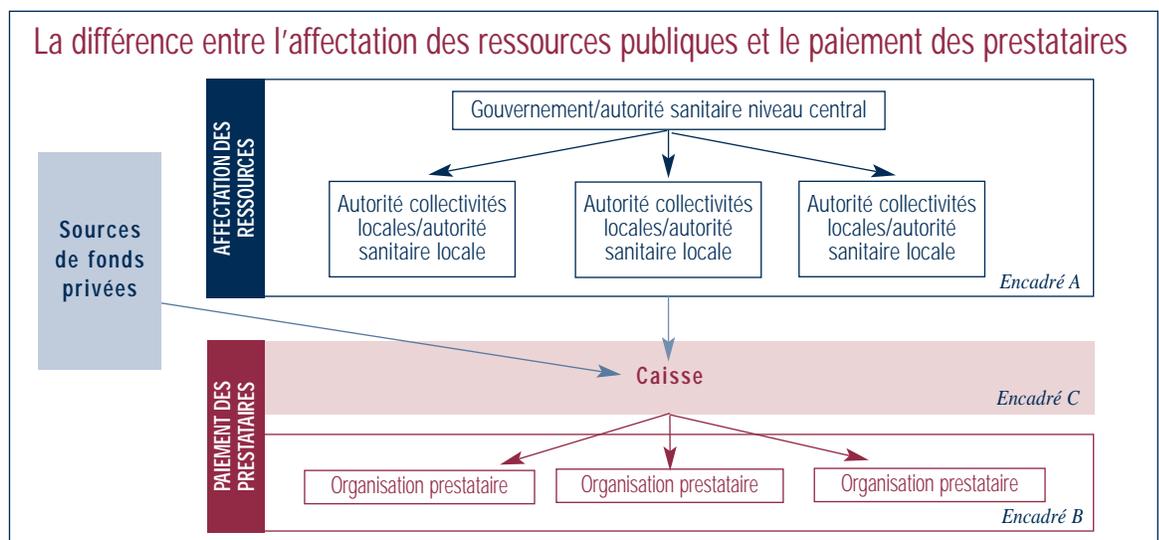
volus que si les administrateurs des établissements et des services de santé ont l'autonomie et la flexibilité nécessaires pour modifier l'affectation des ressources, par exemple pour ajouter ou supprimer certains types de services, changer le contexte du traitement (passer de l'hospitalisation à des soins ambulatoires) ou modifier le nombre et la répartition des effectifs.

Les méthodes de paiement peuvent être utilisées pour faire varier l'affectation des ressources entre divers échelons des pouvoirs publics (voir encadré A ci-dessous), ou elles peuvent servir pour attribuer à un prestataire de soins particuliers des crédits qui proviennent d'une caisse recevant des fonds de sources de financement publiques et/ou privées (voir encadrés B et C). Bien que la réforme des méthodes d'allocation des ressources entre l'Etat et les collectivités locales soit souvent un aspect essentiel des programmes de réforme (en particulier la décentralisation), les changements souhaités dans la prestation de services ne peuvent se produire que si les mécanismes pour l'acheminement des fonds vers les prestataires sont également modifiés. Ce manuel met l'accent sur ce dernier aspect, à savoir le paiement des prestataires. Néanmoins, plusieurs des méthodes de paiement examinées ici peuvent également servir à un transfert de ressources entre différents niveaux de l'Etat.

Pertinence des méthodes de paiement des prestataires pour la réforme de la santé

Des méthodes de paiement différentes peuvent être appliquées à diverses situations de réforme dans le domaine de la santé:

- ▲ *La réaffectation des ressources pour améliorer l'efficacité du système de santé et pour créer des incitations appropriées pour les*



consommateurs et les assureurs: Par exemple, de nouvelles méthodes de paiement peuvent changer la répartition des fonds et de l'utilisation au niveau des établissements primaires, secondaires et tertiaires. Cette réaffectation est cruciale pour améliorer l'efficacité et l'efficacités du système de prestation de soins de santé, de même que pour étendre l'accès à ce système. Tant les prestataires que les patients ont besoin d'incitations pour utiliser au maximum les services préventifs et primaires et n'avoir recours qu'à bon escient aux soins curatifs, secondaires et tertiaires, plus coûteux.

- ▲ *Les mouvements de fonds vers d'autres régions*: Les réformes du système de paiement peuvent servir à effectuer des transferts de paiement interrégionaux lorsque les patients qui reçoivent des soins dans un établissement sanitaire local viennent d'une autre région.
- ▲ *La facturation par les hôpitaux publics de services pour améliorer la qualité et l'efficacité*: La mise en place de nouvelles méthodes de paiement des hôpitaux par l'Etat est un aspect important des réformes qui confère une autonomie de gestion aux hôpitaux publics et les autorise à facturer leurs services et à conserver des sommes collectées, y compris les remboursements d'assurances pour les soins à des patients assurés. Certaines initiatives de réforme des hôpitaux substituent à la méthode du budget par poste une formule mixte de paiement par personne, de contrats pour des services particuliers ou de paiements à l'acte.

Les réformes du paiement des prestataires peuvent comprendre la prestation de services de soins au niveau national, au niveau de régions, ou des éléments d'un système tels que des rapports individuels acheteur-prestataire entre une compagnie et des prestataires locaux.

Caractéristiques des méthodes de paiement des prestataires

Chaque méthode de paiement des prestataires peut être définie par un certain nombre de caractéristiques - à savoir l'*unité de paiement*, la nature *prospectif* ou *rétrospectif* de la méthode, et le degré de *risque financier* assumé respectivement par le prestataire et

l'organisme payeur. Les deux premières caractéristiques (unité de paiement et nature prospective ou rétrospective) ont une incidence directe sur la répartition du risque financier. Le tableau figurant aux pages 4 et 5 résume ces caractéristiques pour six des principales méthodes de paiement.

Les méthodes de paiement peuvent fixer les prix au moyen d'une *unité de paiement* globale (un paiement fixe pour tous les services dont aura besoin une personne au cours d'une année, comme dans le cas du paiement à la capitation) ou au moyen d'unités séparées (services spécifiques tels que radioscopie, consultation, médicaments, comme dans le cas du paiement à l'acte). D'autres méthodes de paiement se situent à mi-chemin entre ces deux formules, par exemple le paiement par cas qui fixe le prix de l'enveloppe de services nécessaires pour le traitement d'un épisode de maladie précis, classifié par groupe de diagnostic.

Les termes de *prospectif* et *rétrospectif* désignent le *moment* où se décide le prix d'une enveloppe de services de santé. Lorsque le prix d'une enveloppe de services bien précise est fixé *avant* le traitement, on parle de paiement *prospectif*. Les méthodes de paiement prospectif, telles que les paiements par cas ou à la capitation, incitent à une plus grande efficacité car le prestataire de soins doit faire face à un risque financier plus grand. Lorsque le montant du paiement est fixé *pendant* ou *après* la fourniture du service, on parle de paiement *rétrospectif* (ou d'un remboursement en fonction du coût). Le paiement rétrospectif tend à accroître le coût plutôt qu'à le réduire.

Un prestataire de soins court un *risque financier* lorsqu'il supporte les conséquences d'un coût plus élevé que prévu pour le service rendu (en raison de cas plus complexes que prévus ou de l'inefficacité du prestataire). Parallèlement à cela, le prestataire sera gagnant si le coût du service est finalement inférieur aux prévisions (en économisant sur la prestation du service, parce que les patients sont moins malades que prévu, ou encore en raison de l'efficacité du prestataire). Différentes méthodes de paiement répartissent le risque financier différemment entre le prestataire et le payeur. Plus l'unité de paiement est globale, plus le prestataire devra assumer un risque vraisemblablement plus important. Les formules de paiement prospectives s'assortissent aussi d'un risque financier plus grand pour le prestataire que les paiements prospectifs.

Incitations créées par les méthodes de paiement

Chaque méthode de paiement influe différemment sur l'efficacité, la qualité, l'équité et la satisfaction des patients. Bien que le principal objectif des méthodes alternatives de paiement soit souvent d'obtenir une utilisation plus rationnelle des ressources, elles peuvent toutes avoir d'autres effets, tant prévus qu'imprévus. Par exemple, si les incitations visant à promouvoir l'efficacité sont appliquées à l'extrême, elles peuvent entraîner une baisse de la qualité, de l'équité et de la satisfaction des consommateurs. Les décideurs doivent

identifier soigneusement l'ensemble des mesures d'incitation établies dans le cadre de chaque méthode de paiement et décider quelles sont les plus pertinentes. Les méthodes de paiement peuvent parfois être ajustées dans le but d'introduire des incitations plus adaptées pour la qualité, l'équité et la satisfaction des consommateurs. Il faudra autrement mettre en place des systèmes séparés tels que l'assurance de la qualité ou la gestion de l'utilisation pour éviter des effets indésirables. Dans toutes les

(suite page 6)

Six principales méthodes de paiement: avantages et inconvénients

Méthode de paiement	Unité de paiement	Méthode prospective ou rétrospective	Description
Budget par poste	Catégories budgétaires par fonction, habituellement sur une base annuelle	L'une ou l'autre	Le budget est alloué selon des catégories spécifiques de ressources ou de fonctions, habituellement sur une base annuelle. Parmi les catégories budgétaires: salaires, médicaments, matériel, nourriture, frais généraux, administration.
Budget global	Etablissement de santé: hôpital, dispensaire, centre de santé	Prospective	Le paiement total est fixé d'avance pour couvrir une période déterminée. Certains ajustements en fin d'année peuvent être permis. Diverses formules sont possibles: budgets historiques, taux forfaitaire par personne avec divers ajustements (âge, sexe), taux d'utilisation de l'année précédente.
Capitation	Par personne et par an	Prospective	Un paiement effectué directement aux prestataires de soins de santé pour chaque personne ayant un contrat avec le prestataire. Le paiement couvre les coûts d'un ensemble défini de services pour une période donnée. Dans certains cas, le prestataire peut ensuite acheter à d'autres prestataires des services qu'il ne peut fournir lui-même.
Paiement par cas	Par cas ou épisode	Prospective	Un paiement fixe couvrant tous les services pour un cas ou une maladie particuliers. Systèmes de classification des patients (tels que groupes de diagnostic) en fonction de diagnostics et des principaux actes effectués. Appliqué le plus souvent à des services en milieu hospitalier, bien que des groupes pour des patients ambulatoires soient également à l'étude.
Forfait journalier	Par jour, pour différents services hospitaliers	Prospective	Un paiement global qui couvre toutes les dépenses d'une journée d'hospitalisation
Paiement à l'acte	Par unité de service	Rétrospective	Paiements séparés pour différents éléments du service fourni tels que médicaments, consultation, examens

Efficienc	Qualité et équité	Système de gestion et d'information	Risque financier
<ul style="list-style-type: none"> - Peu de flexibilité dans l'utilisation des ressources - Tendance à dépenser la totalité de l'enveloppe, même si ce n'est pas nécessaire, pour s'assurer que le niveau de soutien budgétaire sera maintenu 	<ul style="list-style-type: none"> - Il peut y avoir un rationnement si le budget n'est pas suffisant - S'il y a rationnement, les cas les plus compliqués seront dirigés ailleurs 	Relativement simple	Prestataire = FAIBLE Organisme payeur = FAIBLE
<ul style="list-style-type: none"> + Flexibilité dans l'utilisation des ressources - Dépenses fixées artificiellement plutôt que par les forces du marché - Pas toujours liée aux indicateurs de performance (par exemple, volume, qualité, pathologies traitées) - Transfert des coûts si le budget global couvre des services limités; un prestataire peut envoyer un patient chez un autre prestataire en dehors du système du budget global afin de limiter les dépenses 	<ul style="list-style-type: none"> - Un rationnement peut se produire si le budget est insuffisant - S'il y a rationnement, les cas compliqués peuvent être orientés ailleurs + Des ajustements dans les formules générales en fonction des pathologies traitées lient le montant des crédits budgétaires à la complexité des cas; d'autres ajustements peuvent être faits pour que les paiements prennent en compte les besoins des groupes spéciaux 	Exige que l'on puisse surveiller l'efficacité et l'efficacité des ressources utilisées dans différents services, et que l'on dispose de mécanismes pour recentrer les ressources sur des utilisations plus efficaces	Prestataire = ELEVE Organisme payeur = FAIBLE
<ul style="list-style-type: none"> + Flexibilité dans l'utilisation des ressources + Plus il y a de services compris dans l'enveloppe, moins il y aura de transfert des coûts + Les ressources sont étroitement liées au nombre de personnes desservies et à leurs besoins de santé 	<ul style="list-style-type: none"> - Les prestataires peuvent sacrifier la qualité afin de maîtriser les coûts - Un rationnement peut se produire si la capitation est trop faible - La capitation peut encourager les prestataires à attirer des patients mieux portants + Le choix du praticien par le patient est généralement limité + Des mécanismes d'ajustement dans la formule de capitation peuvent moduler les paiements destinés à des groupes de population particuliers 	Chaque bénéficiaire est tenu de s'inscrire auprès d'un prestataire et d'utiliser essentiellement les services de ce dernier. La gestion de l'utilisation et les programmes d'assurance de la qualité sont essentiels pour éviter une insuffisance des services. Si les paiements couvrent des services primaires et secondaires, les prestataires à différents niveaux du système doivent établir des liens contractuels mutuels.	Prestataire = ELEVE Organisme payeur = FAIBLE
<ul style="list-style-type: none"> + Flexibilité dans l'utilisation des ressources - Tendance pour les hôpitaux à augmenter le volume des cas (avec davantage d'admissions ou des admissions enregistrées deux fois) pour accroître les revenus + Les systèmes de classification des patients peuvent être utilisés pour le suivi des performances 	<ul style="list-style-type: none"> + Les paiements par cas établissent une corrélation directe entre le paiement et la complexité des cas 	Les prestataires doivent pouvoir assurer l'enregistrement et la facturation par cas défini, ce qui permet généralement de recueillir un volume important d'informations fiables sur les caractéristiques des patients, les diagnostics et les procédures.	Prestataire = MODERE Organisme payeur = MODERE
<ul style="list-style-type: none"> + Flexibilité dans l'utilisation des ressources - Tendance pour les hôpitaux à prolonger la durée du séjour pour gonfler les revenus 	<ul style="list-style-type: none"> + Le forfait hospitalier permet des séjours plus longs pour les cas les plus complexes 	Nécessité de surveiller les jours d'hospitalisation par service et de s'assurer que les coûts sont couverts	Prestataire = FAIBLE Organisme payeur = ELEVE
<ul style="list-style-type: none"> + Flexibilité dans l'utilisation des ressources - Tendance pour le prestataire à accroître le nombre d'interventions pour augmenter les revenus 	<ul style="list-style-type: none"> + Le paiement est directement lié à l'intensité du service requis - Tendance à fournir trop de services ou des interventions inutiles 	Les prestataires doivent enregistrer et facturer chaque acte médical	Prestataire = FAIBLE Organisme payeur = ELEVE

(suite de la page 3)

situations, permettre aux patients de choisir leurs prestataires et leur assurance donne l'occasion à l'utilisateur faire connaître directement les options qui ont sa préférence.

Lorsqu'un tiers payant est en jeu - tel qu'un organisme d'assurance qui passe des contrats avec des hôpitaux et des prestataires pour payer les soins des patients couverts -, il est fréquent que les méthodes de paiement présentées dans le tableau des pages précédentes s'accompagnent du versement d'une certaine somme. La forme du paiement ne sera pas nécessairement déterminée par la méthode de paiement qu'applique l'organisme payeur. Par exemple, le paiement à l'acte par le patient pourrait être combiné, pour le payeur, avec d'autres options qui figurent au tableau des pages 4 et 5. Cette Note n'examine pas toutes les méthodes de paiement ou toutes les incitations possibles dans la perspective du patient. On pourrait cependant noter les points suivants:

- ▲ Pour toutes les méthodes de paiement, le risque financier pour le *patient* est déterminé par deux facteurs: les services qui sont couverts par le tiers payant dans le cadre de la méthode de paiement et l'imposition ou non, par l'organisme payeur, d'un ticket modérateur ou d'une franchise à la charge du patient.
- ▲ Concernant l'équité, le facteur le plus déterminant pour l'accessibilité financière est le paiement qui est à la charge du patient, *et non* du payeur.
- ▲ Assurer une utilisation efficace des différents types de services de soins passe par l'adoption d'incitations appropriées *à la fois* pour les prestataires et pour les patients.

Efficienc

L'efficienc désigne habituellement la fourniture d'un maximum de services, d'un niveau de qualité acceptable, pour un coût aussi bas que possible. Les incitations à l'efficienc augmentent lorsque le montant des paiements:

- ▲ accroît le risque financier pour les prestataires
- ▲ permet une utilisation plus souple des ressources
- ▲ est lié à des indicateurs de performance
- ▲ couvre des services relativement exhaustifs pour minimiser le transfert des coûts vers d'autres prestataires

La préparation des nouvelles formules de paiement

L'élaboration d'un concept et d'une infrastructure de gestion au niveau local, à l'appui d'une nouvelle méthode de paiement, est un processus lent, minutieux mais nécessaire, pour s'assurer que les incitations appropriées sont en place et que les administrateurs des établissements disposent des compétences et des systèmes requis pour s'adapter aux nouvelles mesures d'incitation.

- ▲ est associé à la possibilité pour les patients de choisir leurs prestataires, de sorte que s'instaure une concurrence entre les prestataires pour attirer des patients.

Le niveau de risque financier supporté par les prestataires de soins est différent pour chaque méthode de paiement présentée dans le tableau. Les modalités de mise en oeuvre ont également une incidence sur le risque. Un système de paiement prospectif qui permet de modifier le prix établi en fin d'année affecte le risque. Si les établissements de santé doivent supporter une perte, les incitations liées au risque financier sont plus fortes.

Qualité

La qualité de la prestation de services de santé signifie l'apport de soins optimaux qui sont censés donner les meilleurs résultats possibles compte tenu de leurs risques potentiels et de leurs avantages du point de vue médical. Cela signifie aussi l'exécution d'actes considérés comme sans danger et efficaces selon les normes de pratique acceptées. Enfin, la qualité des soins signifie la perception qu'a le patient de la qualité telle qu'elle est décrite à la rubrique "Satisfaction du consommateur". Les incitations au plan de la qualité se renforcent lorsque les méthodes de paiement encouragent les médecins, les patients et les assureurs à choisir les traitements les plus efficaces par rapport à leur coût, d'une haute qualité technique et les plus convenablement appliqués. Les incitations à la maîtrise des coûts et à l'efficienc peuvent être en concurrence avec les incitations au plan de la qualité. Les incitations à l'efficienc ne doivent pas être rigoureuses au point d'encourager les prestataires et les assureurs à fournir des soins insuffisants. Les programmes d'assurance de la qualité, la déontologie des prestataires et la capacité des patients à choisir les prestataires et à en changer sont des éléments importants et complémentaires des systèmes de paiement qui peuvent permettre de compenser de manière satisfaisante les incitations à l'efficienc.

Equité

Au plan le plus général, le terme d'équité signifie que l'on cherche à assurer à l'ensemble de la population un accès "équitable", financièrement et géographiquement, à des soins de santé - le terme *équitable* étant pris ici dans un sens social. Alors que le paiement par les patients peut être déterminant pour l'accessibilité financière des soins, la formule du tiers payant est également importante. En fait, les méthodes de paiement peuvent aussi être utilisées pour inciter les prestataires à mieux servir les défavorisés et les régions mal desservies:

- ▲ Les établissements de santé qui fournissent des soins aux populations de régions rurales, ou à des communautés pauvres peuvent recevoir des paiements plus élevés que les autres ou calculés



selon une formule différente. Si un régime spécial n'est pas accordé aux établissements qui desservent des populations désavantagées, il y a le risque que les prestataires (en particulier ceux du secteur privé) évitent ces régions et que l'accès aux soins soit limité.

- ▲ Des *mécanismes d'ajustement* des formules de paiement peuvent être utilisés pour garantir que les praticiens en quête de profits ne fassent pas de la discrimination à l'encontre des patients en raison de la complexité de leur maladie et du traitement qu'elle exige. Par exemple, dans le système de paiement à la capitation, des sommes plus élevées pourraient être versées pour les personnes âgées ou les personnes souffrant de maladies chroniques, pour que les prestataires ne tentent pas d'exclure ces patients.

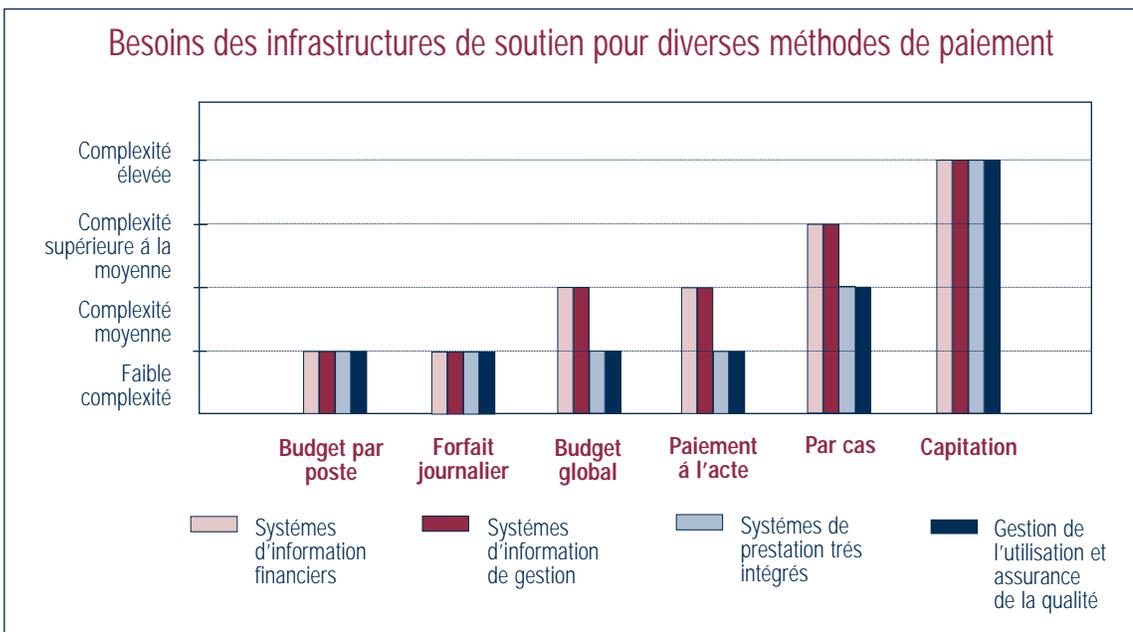
Satisfaction du consommateur

L'expression de satisfaction du consommateur ou du client désigne la réponse aux besoins et aux préoccupations perçus des patients. Cette *satisfaction* englobe non seulement des considérations relatives à la qualité technique des soins mais aussi d'autres aspects tels que le caractère pratique du service, l'accueil, la propreté et l'attention apportée aux préoccupations que peuvent avoir les familles et les amis en ce qui concerne les soins apportés à un patient. Les méthodes de paiement des prestataires créent une incitation pour améliorer la satisfaction du client dans un système où il y a une concurrence entre les prestataires pour attirer des patients en offrant des services pratiques, amicaux et de qualité. Pour améliorer la satisfaction des consommateurs, les méthodes de paiement devraient lier le *choix* du prestataire au paiement qu'il recevra.

Conception et mise en oeuvre du système de soutien

Le succès de toute méthode de paiement ne dépend pas uniquement des incitations mises en place. Les systèmes juridiques, financiers et administratifs sont tout aussi importants. Chaque méthode de paiement nécessite un cadre juridique et un *système d'information* de gestion particuliers. La réussite de la réforme du mode de paiement des prestataires peut aussi dépendre de l'efficacité des systèmes d'orientation entre prestataires à différents niveaux du système de santé et de l'existence de programmes d'*assurance de la qualité* et de *gestion de l'utilisation* pour assurer un suivi des soins aux patients et de l'efficacité du traitement. Les méthodes de paiement qui couvrent une gamme relativement large de soins, comme le paiement à la capitation, exigent un système d'orientation bien développé pour que le niveau de soins le plus coût-efficace soit choisi pour le traitement et le suivi. Le diagramme en bâtons ci-dessous montre le niveau relatif de complexité des divers éléments de chaque méthode de paiement. Des exemples plus détaillés sont donnés dans le tableau des pages 4 et 5.

Pour chaque réforme du mode de paiement, un cadre juridique et administratif doit être établi avec une hiérarchie précise de pouvoirs et de responsabilités. Pour le cadre juridique, il conviendrait vraisemblablement qu'une loi soit adoptée pour officialiser la nouvelle méthode de paiement, pour autoriser l'utilisation de méthodes de paiement alternatives, ou encore pour accorder une dispense à une région afin qu'elle puisse essayer une nouvelle méthode de paiement. Par exemple, la capitation



exige habituellement une nouvelle législation qui permette aux prestataires d'assumer certaines fonctions d'assurance et de former des réseaux de prestataires affiliés. Le paiement à l'acte peut exiger une nouvelle législation précisant qui est habilité à fixer les paiements, par exemple l'autorité en matière de soins de santé, les prestataires pris individuellement, etc.

L'autonomie de gestion pour les questions financières et administratives est essentielle au succès de la réforme des paiements. L'*autonomie financière* permet à un responsable d'établissement ou à un directeur de programme de redistribuer les ressources entre fonctions et programmes pour améliorer l'efficacité. L'*autonomie de gestion* permet à un administrateur de recruter ou de licencier du personnel et de restructurer ou de réorganiser l'établissement en fonction des besoins.

Toutes les méthodes de paiement n'ont pas forcément besoin de toutes les composantes d'un *système d'information financier* mais, pour que les administrateurs des établissements puissent réagir aux incitations inhérentes aux méthodes de paiement, il serait bon de disposer des éléments suivants: des formulaires relatifs à l'utilisation des ressources au niveau des patients (contact), des budgets, des systèmes de coût comptable, des dossiers pour suivre les diverses sources de recettes et l'éligibilité des

patients. De même, divers éléments des *systèmes d'information de gestion* sont à envisager: des mesures de la productivité, l'analyse des pathologies traitées et diverses analyses utilisant une *série minimum de données internationales de base*. En compilant les données sur l'information relative aux patients, aux diagnostics, aux méthodes de traitement, recueillies lors de l'admission ou à la sortie des hôpitaux, les séries minimum de données servent de support aux décisions cliniques et financières et facilitent considérablement les comparaisons entre régions et pays. Les *pathologies traitées* sont une mesure de la complexité des cas pris en charge dans un établissement de soins, habituellement pour ce qui est de l'intensité des ressources.

L'élaboration d'un concept et d'une infrastructure de gestion au niveau local, à l'appui d'une nouvelle méthode de paiement, est un processus lent, minutieux mais nécessaire, pour s'assurer que les incitations appropriées sont en place et que les administrateurs des établissements disposent des compétences, des systèmes et des pouvoirs requis pour s'adapter aux nouvelles mesures d'incitation. Peu de pays adopteront de nouvelles méthodes de paiement tout en mettant en place l'ensemble du système de soutien décrit ici mais certains systèmes de soutien sont indispensables dès le départ, alors que d'autres doivent être développés progressivement.

Expériences internationales en matière de réforme des paiements

Thaïlande

En 1990, la Thaïlande a adopté une loi sur la sécurité sociale instituant le paiement par capitation des hôpitaux sous contrat comme mécanisme pour renforcer l'efficacité et maîtriser les coûts. Le taux par personne de 700 bahts (28 dollars) par an devait couvrir le coût des soins pour les pathologies autres que professionnelles. Selon des indications préliminaires, ce mode de paiement s'accompagne, comme on le prévoyait, d'un recours accru aux services ambulatoires et d'un recul des hospitalisations; toutefois, la nature du système, axé sur l'hôpital, a peut-être limité l'expansion et l'utilisation des services de soins de santé primaires. On a proposé que les dispensaires de soins primaires jouent un plus grand rôle dans le système en tant que sous-traitants des hôpitaux. En outre, ce n'est que depuis récemment que les consommateurs peuvent commencer à choisir leurs prestataires. Théoriquement, les employés s'inscrivent dans un hôpital de leur choix. Dans la pratique toutefois, le système d'information du mécanisme de sécurité sociale ne fonctionne pas convenablement et ce sont les employeurs, plutôt que les employés, qui choisissent l'hôpital. En conséquence, il arrive souvent qu'un employé, pour une question de distance, ne soit pas en mesure de se rendre chez le prestataire (*capitation*).

Kirghizistan

En 1995, le Ministre de la santé du Kirghizistan a initié à Issyk-kul l'*Oblast*, une initiative d'assurance-maladie constituée de trois volets principaux: (1) la restructuration du système de prestation des soins de santé; (2) l'introduction de nouveaux systèmes de paiement basés sur des incitations; (3) la création d'une Caisse d'assurance-maladie obligatoire. La restructuration a pour but de rationaliser le secteur hospitalier et de transférer des ressources vers un système de soins de santé primaires améliorés. Des cabinets de groupe rassemblant des généralistes ont été créés comme entités indépendantes, dotées de leur propre système d'information clinique et financier, gérés par un responsable du groupe. Pour la première fois, les patients pouvaient choisir leur médecin de soins primaires. La réforme des paiements comprenait la mise au point d'un système de paiement par cas pour les hôpitaux, une tarification des soins pour les services des polycliniques et un régime par capitation pour les cabinets de groupe de médecine générale. Un système simple de comptabilité des coûts a été mis au point pour appuyer le système des paiements, et un mécanisme d'information clinique a été établi pour enregistrer et payer les factures des hôpitaux. Des systèmes d'information sont utilisés mais les fonds commencent à peine à arriver par le biais des nouveaux systèmes de paiement (*paiement par cas, paiement à l'acte, capitation*).

Argentine

En Argentine, les caisses d'assurance-maladie des syndicats, *obras sociales*, assurent environ 40 pour cent de la population. PAMI, une *obra social* qui couvre trois millions d'Argentins retraités et handicapés, achète des soins de santé à des prestataires par divers types de contrat allant de la capitation, au paiement à l'acte et au paiement par cas. D'autres *obras sociales* qui fournissaient auparavant elles-mêmes des services de santé se sont mises, au milieu des années 80, à acheter des services de santé, soit directement auprès de prestataires soit, plus récemment, par le biais d'Unités intermédiaires d'entreprise et, dans de nombreux cas, la capitation a remplacé le paiement à l'acte. En 1996, un projet du Ministère de la santé, financé par la Banque mondiale, a entamé la promotion de la concurrence entre les 300 *obras sociales* existantes, dont la taille et les ressources sont très variables, en encourageant des réformes pour permettre aux bénéficiaires de faire un choix entre diverses *obras sociales*. Depuis cette réforme, il y a eu plusieurs fusions, ce qui a ramené à moins de cent le nombre de ces caisses. Les plus grandes seraient en train d'établir de nouvelles relations avec des prestataires, notamment des systèmes novateurs de paiement (*capitation, paiement à l'acte, paiement par cas*).

Brésil

En 1985, le Système de santé unifié fédéral du Brésil (*SUS*) a adopté un mode de paiement mixte, par cas et paiement à l'acte, pour le remboursement des prestataires publics et privés dans l'ensemble du pays. Les taux de remboursement n'ont pas été ajustés systématiquement au fil des années mais l'ajustement se fait par une négociation sous l'influence politique de certains groupes de prestataires. Selon des indications, les tarifs du *SUS* comportent peu d'incitations économiques, voire aucune, à fournir des soins d'un bon rapport coût-efficacité. La qualité médiocre et les faibles pourcentages d'utilisation, en particulier pour les soins maternels et prénatals, seraient à mettre sur le compte de taux de remboursement extrêmement bas pour la plupart des services de soins primaires et préventifs. Plus récemment, dans le cadre de Programmes de prestation de soins (PAS) à Sao Paulo, les pouvoirs publics ont essayé l'utilisation de paiements à la capitation (*paiement par cas, paiement à l'acte*).

Chili

En 1992, la Caisse nationale d'assurance-maladie du Ministère chilien de la santé (*FONASA*) a formulé un système mixte, par cas et paiement à l'acte, pour le remboursement des hôpitaux publics. Se rendant compte que de nombreux hôpitaux publics, principalement les plus grands, les plus anciens, les plus inefficaces et plus complexes, ne seraient pas en mesure d'équilibrer leurs comptes avec le nouveau système de tarification, *FONASA* a maintenu son ancien mode de remboursement, tout en prenant note du remboursement que recevraient les hôpitaux s'ils étaient soumis au nouveau régime. En prévision de ce nouveau système, la plupart des hôpitaux ont effectué plusieurs changements en matière de gestion et au plan technique, et ils suivent maintenant leurs résultats et leurs recettes théoriques comme s'ils étaient remboursés exclusivement selon la nouvelle formule de paiement. Petit à petit, *FONASA* a ajusté ses paiements aux hôpitaux conformément au nouveau système. Au niveau des soins de santé primaires, *FONASA* finance les centres de santé municipaux au moyen d'un mécanisme de paiement à la capitation. Les habitants s'inscrivent auprès de leur municipalité. *FONASA* alloue des fonds sur la base des inscriptions, avec des mécanismes d'ajustement qui prennent en compte l'endroit et le niveau de pauvreté (*paiement par cas, paiement à l'acte*).

Etats-Unis

En 1983, le programme américain Medicare (une assurance médicale nationale pour les personnes âgées qui couvre 15 pour cent de la population) a remplacé la méthode traditionnelle de remboursements des hôpitaux à l'acte, en fonction des coûts, par un système de paiement des hospitalisations par cas, dans le but de maîtriser les coûts et de parvenir à une plus grande efficacité. Les résultats obtenus sont les suivants:

- △ la durée moyenne des séjours a diminué de 14,6 pour cent entre 1982 et 1985
- △ le nombre de jours d'hospitalisation/1.000 avait régressé de 22 pour cent en 1985
- △ le taux de croissance réel du total des dépenses hospitalières est tombé de 5,4 pour cent (1977-83) à 2,8 pour cent (1983-87)
- △ les paiements aux hôpitaux ont diminué, passant de 70 pour cent à 57 pour cent du total des dépenses de Medicare en 1988
- △ dans l'ensemble, il n'y a eu aucune baisse de la qualité ou de la satisfaction des consommateurs (*paiement par cas*).

Un enseignement majeur à retenir

L'expérience du monde entier suggère que les performances du système sont généralement plus sensibles à la façon dont les fonds sont attribués aux prestataires qu'au montant des fonds.



(suite de la page 8)

Réformes: faits et leçons tirées de l'expérience internationale

La réforme des soins de santé est en marche partout dans le monde. Les exemples donnés aux pages 8 et 9 illustrent plusieurs expériences en matière de réforme du mode de paiement des prestataires.

Sur la base d'expériences en provenance du monde entier, on peut tirer les enseignements suivants:

- ▲ **Les incitations financières sont importantes.** Les méthodes de paiement comptent parmi les aspects les plus déterminants de la conception des systèmes financiers d'un pays dans le domaine de la santé car elles peuvent conduire à des systèmes efficaces qui privilégient les soins préventifs et primaires et une utilisation plus rationnelle des spécialistes, des tests de diagnostic et des services d'orientation.
- ▲ **L'expérimentation de différentes méthodes est une étape essentielle** vers l'élaboration de méthodes de paiement optimales pour les conditions locales. Aucune méthode simple ne



convient pour toutes les situations, et aucune n'est parfaite. Des essais de réforme dans des sites pilotes au niveau local pour déterminer les impacts - positifs et négatifs - permettent aux décideurs d'apporter des modifications avant une mise en place à l'échelle nationale.

- ▲ **L'une des caractéristiques d'une méthode de paiement est l'unité de paiement qu'elle emploie** - par cas, par jour, par personne et par an, par service, par visite. Quelle que soit l'unité de paiement, les prestataires sont incités à accroître le nombre d'unités, en réduisant le coût par unité. Par exemple, le paiement par cas encourage les prestataires à faire baisser le coût par cas mais à augmenter le nombre de cas traités.
- ▲ **Au fur et à mesure que l'unité de paiement devient plus globale, le niveau de risque financier augmente pour le prestataire.** Par exemple, le paiement par cas présente un risque financier plus élevé que le paiement à l'acte.
- ▲ **Les méthodes de paiement qui comportent des incitations plus fortes en ce qui concerne l'efficacité, l'équité, la satisfaction du consommateur et la qualité ont généralement des coûts administratifs plus importants.** Leur complexité exige davantage de renseignements cliniques et financiers, davantage de compétences en gestion, ainsi qu'un système d'orientation et une infrastructure de soutien solides.
- ▲ **Il faut éviter les détails compliqués et inutiles dans la conception pour que les prestataires puissent facilement comprendre les incitations.** Les patients et les prestataires doivent être capables de comprendre les aspects fondamentaux des méthodes de paiement afin de pouvoir réagir correctement aux incitations souhaitées.
- ▲ **Les systèmes de soins de santé utilisent souvent plusieurs méthodes de paiement à la fois.** Ainsi, les forces d'une méthode de paiement compensent les faiblesses des autres méthodes.
- ▲ **La concurrence entre les prestataires tend à améliorer la performance des méthodes de paiement.** La concurrence pour attirer les clients encourage les établissements sanitaires à maintenir la qualité et la satisfaction des consommateurs. Un cadre réglementaire satisfaisant garantirait que tous les patients sont bien informés au sujet de la qualité des soins et d'autres aspects financiers et administratifs des prestataires parmi lesquels ils font un choix.
- ▲ **Des responsables expérimentés et des systèmes d'information solides sont essentiels pour n'importe quelle méthode de paiement.** La mise en place efficace de toute méthode de paiement dépend de la disponibilité de données financières

et relatives aux patients pour garantir le paiement des services effectivement fournis, pour les services que le payeur est censé couvrir et pour les bénéficiaires désignés.

- ▲ **Les programmes d'assurance de la qualité sont essentiels.** Pour qu'il y ait un bon équilibre entre le rapport coût-efficacité et la qualité des soins, toutes les méthodes de paiement doivent être appliquées en même temps que les mesures visant à améliorer le niveau des performances cliniques et administratives.

Trois questions pour la recherche sur les politiques

Il existe une documentation importante à propos de l'incidence des méthodes de paiement des prestataires sur les systèmes de santé des pays industriels mais on sait bien moins de choses sur les pays à revenu intermédiaire et à faible revenu. En outre, les mécanismes qui engendrent les effets observés des méthodes alternatives de paiement sont encore mal compris. Aux Etats-Unis par exemple, le paiement par cas s'est traduit, dans un premier temps, par une baisse des coûts. Mais il est difficile de savoir si les systèmes de gestion interne des hôpitaux ont atténué l'impact des mécanismes de paiement pour produire ce résultat ou s'il faut en rechercher la cause dans la structure plus large du marché de la santé, en raison par exemple d'économies d'échelle découlant d'associations entre prestataires.

Il est primordial d'obtenir des renseignements fiables sur les effets de la réforme du paiement des prestataires dans les pays à revenu intermédiaire et à faible revenu, notamment parce que le contexte des réformes est souvent très différent de celui des pays industrialisés. Pour parvenir à combler cette lacune au niveau des connaissances, le projet Partenariats pour la réforme de la santé (PHR) étudie l'impact de la réforme du paiement des prestataires dans les systèmes par capitation ou par cas en Argentine et en Thaïlande. Le Programme de recherche appliquée du PHR étudie trois points majeurs:

- ▲ Comment les nouveaux mécanismes de paiement des prestataires affectent-ils les services de soins, en particulier la répartition des ressources entre les soins primaires/préventifs et les soins des échelons supérieurs?
- ▲ Quels sont les nouveaux systèmes que les hôpitaux et autres prestataires de soins mettent en oeuvre dans le cadre de la réforme des paiements?
- ▲ Comment la structure du marché des soins de santé mesurée par des variables telles que le nombre, la dimension et le type des prestataires est-elle affectée par la réforme des paiements?

En 1999, le PHR présentera et diffusera les conclusions de ces études. L'expérience des deux

pays étudiés sera très utile pour les autres pays qui envisagent de mettre en route des réformes pour la mise en oeuvre de ces méthodes, ou qui sont déjà engagés dans de telles réformes.

Bibliographie et références sommaires

Barnum, H, J Kurzin, H Saxenian. 1995. "Incentives and Provider Payment Methods". *International Journal of Health Planning and Management* 10: 23-45.

Bitran, R, W Yip. 1998. "A Review of Health Care Provider Payment Reform in Selected Countries in Asia and Latin America". Bethesda, MD: Partenariats pour la réforme de la santé (PHR), Abt Associates Inc.

Bodenheimer, T, K Grumbach. "Reimbursing Physicians and Hospitals". *Journal of the American Medical Association (JAMA)* 272 (12): 971-977.

Coulam, R, G Gaumer. 1991. "Medicare's Prospective Payment System: A Critical Appraisal". Supplément annuel de *Health Care Financing Review*: 45-77.

Grumbach, K, J Fry. 1993. "Managing Primary Care in the United States and in the United Kingdom". *New England Journal of Medicine* 328 (13): 940-945.

Leidl, R. 1990. "Diagnostic-related groups: Their introduction and application". OMS/Bureau régional de Copenhague pour l'Europe. EUR/ICP/MPN 532.

Maceira, D. 1998. "Provider Payment Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes and Organizational Impact". Bethesda, MD: Partenariats pour la réforme de la santé (PHR), Abt Associates Inc.

Prospective Payment Assessment Commission. Juillet 1993. "Global Budgeting: Introduction and Overview". *Global Budgeting: Design and Implementation Issues*. C-93-01. Washington, D.C.

Purvis, G. 1997. "Health Care Reform in the Issyk-Kul Oblast, Kyrgyzstan, 1994-1997: Restructuring through Payment Reform". Bethesda, MD: *ZdravReform* Program, Abt Associates Inc.

Rice, JA (dir. de pub.) 1996. "Provider Payment Reforms in Russia: The Economic Lever for Health Sector Performance Improvement". *The Journal of Health Administration Education*, Numéro special: 14 (2).

Sulvetta, M 1991. "Achieving Cost Control in the Hospital Outpatient Department". Supplément annuel de *Health Care Financing Review*: 95-106.

Tangcharoensathien, V, A Supachutickul. Janvier 1997. "Compulsory Health Insurance Development in Thailand". Thaïlande: Health Systems Research Institute.

Wiley, M. 1992. "Hospital-Financing Reform and Case-Mix Measurement: An International Review". *Health Care Financing Review* 13 (4).

Wouters, A, G Gaumer, K Quinn. 1995. "Alternative Methods of Payment: A One-Week Workshop". Bethesda, MD: *ZdravReform* Program, Abt Associates Inc.



PHR

Partenariats pour la réforme de la santé est financé par l'USAID et son exécution est assurée par Abt Associates Inc., en collaboration avec Harvard University School of Public Health, Howard University International Affairs Center, Development Associates, Inc., et University Research Co., LLC

Cette Note a été rédigé par Annemarie Wouters, Ph.D., Economiste sanitaire sénior, avec le concours de Sara Bennett, Ph.D., et de Charlotte Leighton, Ph.D., à Abt Associates Inc. 1998. Le rédacteur en chef de la série est Nena Terrell, avec la collaboration de Linda Moll et d'Ann Laughrin. La maquette a été réalisée par Maureen Berg.

La série des **Notes de PHR pour les décideurs** est constituée d'ouvrages de référence visant à initier les décideurs et les parties prenantes à la terminologie, aux concepts et aux résultats de la réforme sanitaire pour qu'ils puissent participer au dialogue sur les politiques et à la prise de décision. Cette Note est disponible en version anglaise, espagnole, française et arabe.

Pour obtenir d'autres exemplaires de ce document ou de plus amples renseignements concernant les activités ou les publications du PHR, contacter:

PHR Resource Center
Abt Associates Inc.
4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, MD 20814 USA

Télécopie: 301-652-3916
E-mail: PHRInfo-Center@abtassoc.com
Site web: <http://www.phrproject.com>



Photos: Panos Pictures